

Antrag auf Krankenversicherung

S12	Versicherungs-/Kundennummer	FD-Nr.

Ich beantrage eine SIGNAL Zusatzversicherung mit nachfolgenden Tarifen ab Versicherungsbeginn:

Der Vertrag wird für 2 Jahre, bei Abschluss mit einem Minderjährigen für 1 Jahr, geschlossen. Bei Abschluss des Tarifes EKTG wird der Vertrag bezüglich dieses Tarifes ebenfalls nur für ein Jahr geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein weiteres Jahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

0 | 1 | | | 2 | 0 | 0 | 4

Person 1: GE GE/GE-PLUS zusätzlich zu GE/GE-PLUS: EKTG 43/20 Z 50-3 S 100/3 Person 2: GE GE/GE-PLUS zusätzlich zu GE/GE-PLUS: EKTG 43/20 Z 50-3 S 100/3

Antragsteller (Versicherungsnehmer) Herr Frau ledig verheiratet verwitwet selbstständig Beamtin/ter Arbeitnehmerin/er

Name, Vorname	Geburtsdatum	berufliche Tätigkeit	monatlicher Gesamtbeitrag EUR
Straße und Hausnummer	PLZ und Wohnort	Ausland	Telefon-/Telefax-Nr. *freiwillige Angaben
		Staatsangehörigkeit	

zu versichernde Person 1 Herr Frau ledig verheiratet verwitwet selbstständig Beamtin/ter Arbeitnehmerin/er

gesetzlich krankenversichert: nein ja freiwillig versichert pflichtversichert familienversichert

Heilfürsorge: nein ja Beihilfe: nein ja

Kasse	versichert seit

Name, Vorname	Geburtsdatum	berufliche Tätigkeit	Monatsbeitrag EUR
---------------	--------------	----------------------	----------------------

zu versichernde Person 2 Herr Frau ledig verheiratet verwitwet selbstständig Beamtin/ter Arbeitnehmerin/er

gesetzlich krankenversichert: nein ja freiwillig versichert pflichtversichert familienversichert

Heilfürsorge: nein ja Beihilfe: nein ja

Kasse	versichert seit

Name, Vorname	Geburtsdatum	berufliche Tätigkeit	Monatsbeitrag EUR
---------------	--------------	----------------------	----------------------

Zahlungsweise/Zahlungsart monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

Die Beiträge werden gezahlt wie bisher Die Beiträge sollen bis auf Widerruf von folgendem Konto abgerufen bzw. Leistungen hierauf überwiesen werden

Kontonummer	Bankleitzahl	Geldinstitut/PLZ/Ort	Name und Unterschrift des Kontoinhabers, falls nicht Antragsteller

Fragen an die zu versichernden Personen

Bitte immer die Fragen 1 bis 2, für GE-PLUS zusätzlich Frage 3 und für EKTG zusätzlich Frage 4 beantworten:

1. Besteht eine HIV-Infektion?	Person 1 <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Person 2 <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2. Erfolgte in den letzten 3 Jahren ein Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt oder ist er geplant?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3. Erfolgte in den letzten 3 Jahren eine Behandlung beim Heilpraktiker oder ist sie geplant?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
4. Sind Sie arbeitsunfähig oder waren Sie in den letzten 3 Jahren länger als 1 Woche durchgehend arbeitsunfähig?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Sonstiges

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

Tarif S 100/3: Dieser Tarif sieht keine Leistungen für privatärztliche Behandlung sowie Ein- oder Zweibettzimmer vor.

Falls Heilfürsorge- bzw. Beihilfeansprüche bestehen: Wir leisten tariflich nach Anrechnung von GKV-, Heilfürsorge- und Beihilfeleistungen (alle diese Leistungen sind nachzuweisen) nicht mehr als 100 % des Rechnungsbetrages. Nach Ende der Heilfürsorge/GKV erfolgt die Umstellung von GE, GE-PLUS, Z 50 in den dann bedarfsgerechten Beihilfeergänzungsschutz.

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die nachstehenden Erklärungen zum Widerspruchsrecht sowie die Wichtigen Hinweise, Schlusserklärungen und Erläuterungen auf Seite 2. Die Schlusserklärungen enthalten insbesondere Ermächtigungen des Antragstellers zur Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz. Sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Erklärungen zum Widerspruchsrecht, Wichtigen Hinweise, Schlusserklärungen und Erläuterungen zum Inhalt des Antrages, deren Kenntnis Sie gesondert nochmals auf Seite 2 bestätigen.

Widerspruchsrecht des Antragstellers

Ich erhalte die für den beantragten Versicherungsschutz geltenden Versicherungsbedingungen und die gesetzlich vorgeschriebene Verbraucherinformation mit dem Versicherungsschein. **Dem Versicherungsvertrag kann ich ab Stellung des Antrages bis zum Ablauf von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheines und der vorgenannten Unterlagen widersprechen.** Nach Ablauf der Widerspruchsfrist kommt der Vertrag auch ohne weitere ausdrückliche Willenserklärung zustande, wenn ich nicht rechtzeitig Widerspruch eingelegt habe. Auf mein Widerspruchsrecht werde ich in dem mir zugehenden Versicherungsschein nochmals ausdrücklich hingewiesen.

Antragsunterschriften

Eine Zweitschrift dieses Antrages, zusammen mit der Seite 2 „Wichtige Hinweise, Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen sowie Erläuterungen der SIGNAL Krankenversicherung a.G.“, habe ich erhalten/mir ausgedruckt.

Antragsteller (Versicherungsnehmer)	ab 16 Jahre: Person 1 (nur, wenn nicht Antragsteller), Person 2
gesetzliche Vertreter (wenn Antragsteller minderjährig)	Datum
Antragsvermittler <input type="checkbox"/> HV Dortmund <input type="checkbox"/> HV Hamburg	

Wichtige Hinweise, Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen sowie Erläuterungen der SIGNAL Krankenversicherung a. G.

Wichtige Hinweise

Vertragsgrundlagen

Die gegenseitigen Rechte und Pflichten regeln sich nach dem Antrag, den gesetzlichen Bestimmungen der Bundesrepublik Deutschland sowie sonstigen schriftlichen Erklärungen, den vereinbarten Tarifen mit den jeweils dazugehörigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen und den eventuell vereinbarten Besonderen Bedingungen.

Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Krankentagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

Ombudsmann / Aufsichtsbehörde (Bundesanstalt)

PKV-Ombudsmann, Leipziger Straße 104, 10117 Berlin;

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Schlusserklärungen des Antragstellers und des zu Versichernden

Mir ist bekannt, dass ich gemäß § 16 des Versicherungsvertragsgesetzes die in diesem Antrag gestellten Fragen nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und schriftlich beantworten muss. Sonst kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und ggf. die Leistung verweigern. Falls ich Angaben dem Vermittler gegenüber nicht machen möchte, so kann ich diese gegenüber dem Vorstand des Versicherers unmittelbar schriftlich nachholen, und zwar innerhalb von 3 Tagen. Ich verpflichte mich, alle etwaigen Veränderungen der Antragsangaben und des Gesundheitszustandes der zu versichernden Personen, die in der Zeit zwischen dem Tag der Antragstellung und dem Abschluss des Vertrages eintreten, dem Versicherer umgehend schriftlich anzuzeigen. Dies gilt auch für in dieser Zeit anderweitig beantragte Krankenversicherungen. Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der Fragen nicht aus, so ist sie unter Angabe der jeweiligen Antragsziffer auf einem besonderen Blatt vorzunehmen und im Antrag auf dieses zu verweisen.

Ich bestätige, dass die von mir gegenüber dem Vermittler/Makler abgegebenen Angaben, insbesondere die Gesundheitsangaben, richtig und vollständig aufgeführt sind. Wird der Erlass der Wartezeiten für Krankenversicherungstarife ohne Wartezeitverzicht aufgrund einer ärztlichen Untersuchung beantragt und gehen die Untersuchungsberichte nicht innerhalb von drei Wochen, nachdem ich die Vordrucke erhalten habe, beim Versicherer ein, dann sind für diese Tarife die bedingungsgemäßen Wartezeiten zu erfüllen.

Entbindung von der Schweigepflicht für die Krankenversicherung

Mir ist bekannt, dass der Versicherer – soweit hierzu ein Anlass besteht – Angaben über meinen Gesundheitszustand und bei anderen Krankenversicherern auch Angaben über frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge zur Beurteilung der Risiken eines von mir beantragten Vertragsabschlusses überprüft. Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie Angehörige von Krankenanstalten und Gesundheitsämtern, die mich in den letzten fünf Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt haben, von ihrer Schweigepflicht – und zwar auch über meinen Tod hinaus – und ermächtige sie, dem Versicherer die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Dies gilt auch für Angehörige anderer Kranken-, Lebens- und Unfallversicherer, mit denen ich bisher in Vertragsbeziehungen stand oder stehe. Diese Ermächtigung endet fünf Jahre nach Antragstellung.

Mir ist ferner bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht auch Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen) sowie von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Auch zu diesem Zweck befreie ich die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht. Mir ist bekannt, dass der Versicherer medizinische Unterlagen zur Leistungsprüfung auch an Dritte (beratende Ärzte, medizinische Institute) weiterleitet. Insoweit entbinde ich den Versicherer ebenfalls von der Schweigepflicht. Die Geltendmachung eines Leistungsanspruches hat die Bedeutung einer Schweigepflichtentbindung im Einzelfall. Von der Schweigepflicht entbinde ich auch zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes. Die Schweigepflichtentbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich auch auf die Angehörigen von anderen Kranken- und Unfallversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

Diese Erklärungen gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärungen nicht selbst beurteilen können.

Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz

Ich willige ferner ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-) Verträgen und bei künftigen Anträgen. • Ich willige ferner ein, dass die Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an die für mich zuständigen Vermittler/Makler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient. • Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler/Makler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist. • Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass der Vermittler/Makler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in Finanzdienstleistungen nutzen darf. • Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zu dem gesetzlich für die anderen Verbraucherinformationen vorgesehenen Zeitpunkt – auf Wunsch auch sofort – überlassen wird.

Erläuterungen der SIGNAL Krankenversicherung a. G.

Ein Vertrag kommt frühestens zustande, wenn der Vorstand die Annahme des Antrages erklärt oder der Versicherungsschein ausgehändigt oder angeboten wird und kein Widerspruch gemäß dem vor den Unterschriften abgedruckten Widerspruchsrecht erfolgt. Vermittler/Makler sind nicht berechtigt, ihrerseits vom Antragsteller noch irgendwelche Gebühren für die Aufnahme des Antrages oder aus anderen Gründen zu erheben. Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform.

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift der mitzuversichernden Personen ab 16 Jahre

Unterschriften der gesetzlichen Vertreter, wenn der Antragsteller oder eine zu versichernde Person minderjährig ist.

SIGNAL Krankenversicherung a. G., Sitz Dortmund, 3 HR B 2405 AG Dortmund

Vorstand: Reinhold Schulte (Vorsitzender), Dr. Karl-Josef Bierth, Michael Johnigk, Ulrich Leitermann, Michael Petmecky, Dr. Klaus Sticker, Eckart Westphalen, Vorsitzender des Aufsichtsrates: Günter Kutz

SIGNAL IDUNA Gruppe Hauptverwaltungen, Internet: www.signal-iduna.de, E-Mail: info@signal-iduna.de

20351 Hamburg, Hausanschrift: Neue Rabenstraße 15-19, 20354 Hamburg, Telefon: (0 40) 41 24-0, Telefax: (0 40) 41 24-29 58

44121 Dortmund – Hausanschrift: Joseph-Scherer-Straße 3, 44139 Dortmund, Telefon: (02 31) 1 35-0 – Telefax: (02 31) 1 35-46 38

Antragsteller:

Antrag vom:

Teilvertrieb SIGNAL

Versicherungs-Nr.	Betreuer-Nr.	Antrags-Nr.	Aktions-Nr./Adress-KZ	Neuer Agenturvertrag? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>							
Vermittler 1	AD-Vertragsnummer 1	Teilg.1	Vermittler 2	AD-Vertragsnummer 2	Teilg.2	Vermittler 3	AD-Vertragsnummer 3	Teilg.3	SOKZ 1-6		

Teilvertrieb IDUNA, Vermittler Nr.:

ABR	VL	Vb	PA	Unterkonto	Konto	AP-Anteil	WS-Anteil	Tafelbegr.	AP-Satz	BS	Begr.	PSM	AM	KM	
Ink. ABR	Ink. Agentur	ABR *)	Agentur *)	*) Bestandsführung, nur eintragen, wenn nicht gleich Ink. ABR/Agentur							OG	VM			

Von der Geschäftsstelle für den KV-Antrag entsprechendes ankreuzen:

VP 1

- Neugeschäft
- Höherversicherung/Umfstufung
- VP-Zugang
- Storno

VP 2

- Neugeschäft
- Höherversicherung/Umfstufung
- VP-Zugang
- Storno

Bearbeitungsvermerke HV